

Por Douglas Trindade

Um dos grandes desafios das operadoras de planos de assistência à saúde é o efetivo gerenciamento dos riscos a que estão expostas estas organizações em um mercado cada vez mais competitivo, com investimentos internacionais se consolidando no país e o amadurecimento da regulamentação do setor através da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS.

No entanto, quando se fala de risco no âmbito dos planos de saúde, temos que associá-lo ao potencial impacto que sua eventual ocorrência pode causar, desde a sua concepção, no nascedouro da incerteza, onde residem os contratos de assistência suplementar à saúde. Ou seja, o que queremos dizer é que a ideia clássica segundo a qual, na área de seguros, risco é algo aleatório e futuro, perde força no setor que opera planos de saúde na medida em que seus efeitos nocivos aparecem já desde a sua efetiva contratação e, por vezes, antes mesmo da assinatura do contrato por parte do novo beneficiário.

Isto acontece porque alguns fatores que fundamentam tecnicamente a presença de inconformidades ou distorções nos princípios norteadores dos seguros, convivem pacificamente com o setor de saúde suplementar sem que hajam amplas discussões visando sua mitigação, tais como: os subsídios irreais entre as faixas etárias; a anti-seleção de riscos; o risco moral; a assimetria de informações; e as imperfeições do mutualismo.

Com base nesses argumentos, torna-se necessária a exploração do tema “gestão estratégica do risco nas operadoras de planos de saúde”, com base na identificação dos sete fatores que influenciam na gestão do risco nos planos de saúde, que veremos a seguir:

1. Identificação do público-alvo. No planejamento estratégico da operadora, a definição do público que se quer atingir já faz parte do início do processo de gerência de risco, já que, como é de amplo conhecimento do mercado, segmentos diferentes têm riscos diferentes. Exemplos: O segmento de planos individuais e familiares requer uma propensão a riscos muito maior por parte do setor que o de planos coletivos empresariais. O segmento de coletivos por adesão, uma propensão um pouco menor que o dos planos individuais. E assim por diante.

2. Negociação com os prestadores de serviços de saúde. Parte importante da gestão do risco, a negociação com os hospitais, médicos e laboratórios é fundamental para o controle das variações dos custos assistenciais da operadora. Dessa maneira, torna-se determinante para o bom andamento das análises e controle dos riscos, uma contratualização adequada visando sair do lugar comum dos acordos do tipo “fee-for-service” para novas formas de relacionamento, valorizando a qualidade e o desempenho assistencial das unidades de saúde; o compartilhamento de riscos; o compartilhamento de resultados; a transparência das relações; e a união de esforços.

3. Precificação adequada. A precificação leva em consideração fatores do passado e do futuro. Informações estatísticas tais como frequência de utilização, custos médios dos eventos e a própria observação desses mesmos indicadores no mercado, nos mostrarão como está o nosso preço no presente e que resultado foi obtido com a carteira considerando as bases analisadas.

Estes fatores relativos ao passado terão que ser confrontados com aspectos atuariais do futuro, quantificando-se e valorando-se aspectos tais como: previsão de reajustes da rede de prestadores; abertura de novas portas de atendimento; novas coberturas obrigatórias; novos custos da judicialização; mudança do perfil populacional da carteira almejada; envelhecimento da população; variação da composição de reservas técnicas; investimentos em estruturas de prevenção de doenças e riscos e de promoção de saúde; e a própria variação dos custos médico-hospitalares, portanto acima dos índices de reajustes de rede.

Tal análise, no entanto, não pode servir para que a operadora “pese a mão” nos carregamentos de segurança que os impeça de praticar preços justos e aceitáveis no mercado, já que a capacidade

de pagamento do cliente não muda e, certamente, haverá uma queda das vendas por uma precificação inadequada.

4. Gestão médica. A área médica de uma operadora, em geral responsável desde o credenciamento, passando pela regulação médica de exames e internações, auditoria interna e externa em saúde, além de análises das contas médico-hospitalares, sempre foi a principal fonte de ações para gerenciamento do risco na saúde suplementar. E isto faz todo o sentido, já que parte expressiva das despesas de empresas que operam neste mercado refere-se à custos assistenciais, chegando, quando em uma situação minimamente aceitável, a cerca de 70% a 80% de todas as saídas mensais.

Nesta linha, as operadoras de planos de saúde têm investido em programas especiais de prevenção de doenças e de promoção de saúde, no acompanhamento do doente, além das ações específicas de rigoroso controle da qualidade assistencial e de custo efetividade através de suas unidades próprias de atendimento, quando as possui.

Não obstante ser compreensível este viés assistencial, o gerenciamento de risco na área médica faz-se, também, com um rigoroso controle estatístico diário que possa dar condições e informações para atuar nas ações pontuais antes mesmo que elas transformem-se em casos mais sérios junto aos hospitais, prontos-socorros e ambulatorios de toda a sua planta assistencial.

5. Gestão comercial. A área de vendas é um dos setores mais importantes de uma operadora de planos de saúde, também no que diz respeito ao gerenciamento de riscos. Isto porque há algo de muito relevante no próprio gerenciamento das carteiras de saúde suplementar que é o equilíbrio necessário do fluxo de entradas e saídas de beneficiários, seja em planos de contratação individual ou produtos coletivos empresariais ou de adesão.

Tal equilíbrio deve estar em linha com o plano estratégico traçado pela operadora no tocante a, pelo menos, três aspectos: crescimento orgânico da carteira; aumento real de receitas; e resultado econômico-financeiro a curto e médio prazos da nova massa.

Sendo assim, a gestão comercial irá reforçar questões relevantes para o conjunto de ações que levem a um controle gerenciado do risco através da chamada venda com responsabilidade e qualidade, da disponibilização de produtos adequados às novas necessidades e exigência de mercado e, principalmente, da determinação da estratégia de distribuição e colocação desses produtos.

6. Gestão de clientes. O ciclo de um efetivo projeto de gestão de risco na operadora de planos de saúde, passa pela gestão dos clientes em seu sentido mais amplo, ou seja, segmentado por sua forma de contratação com ações específicas de acompanhamento, controle e comunicação para cada público. As ações que levem a um efetivo projeto de gestão de riscos realizadas em uma grade empresa, junto ao seu departamento de recursos humanos, não serão as mesmas adotadas, por exemplo, com os administradores de uma entidade sindical gestores de um produto coletivo por adesão. Assim como distam também daquilo que se irá realizar com uma massa de usuários independentes como pessoas físicas ou, ainda, com uma micro empresa com dois ou três beneficiários.

7. Combate a fraudes. Um projeto de gestão de risco não estaria completo se não analisássemos a questão das fraudes no setor de planos e seguros de saúde. Talvez este seja um dos aspectos mais difíceis de abordar, haja vista a complexidade natural que é a atividade de operação de planos de assistência à saúde com suas centenas de interações e pontos de controles nos mais diversos ambientes, tais como dentro dos hospitais, das clínicas, junto aos médicos e cirurgiões, aos fabricantes de órteses, próteses e materiais especiais, etc. E, a rotina de acompanhamento de todos estes pontos de controle deve ser uma atividade constante nas empresas visando a mitigação do risco na saúde suplementar.

Fonte: [Administradores](#), em 04.12.2014.

